

Ambulante woonbegeleiding voor verslaafden

Cas Barendregt en Dike van de Mheen *

In opdracht van de Gemeentelijke Gezondheidsdienst Rotterdam Rijnmond onderzocht onderzoeksbureau IVO enkele aspecten van het project (z)Onderdak, waar ruim 350 verslaafden worden gehuisvest. In deze bijdrage schetsen we kort de achtergrond van het project, hoe de instroom van cliënten verloopt, wat de kenmerken van cliënten zijn en wat hun zorgbehoeften zijn.

Inleiding

Het Rotterdamse project (z)Onderdak vindt zijn oorsprong in het gemeentelijke programma Verantwoord Schoon, dat in 1996 van start ging (Quadt, 1996). Doel was door middel van onorthodoxe maatregelen de overlast op straat terug te dringen. Een van de peilers van dit programma was het huisvesten van dakloze verslaafden, naast het openen van gebruiksruidten en het gedogen van niet-overlastgevende dealadressen. Gebruiksruidten zijn tegenwoordig tamelijk normale voorzieningen in de stad. Gedoogde dealadressen zijn dat niet, ook niet in Rotterdam. Voor verslaafden aan drugs en alcohol is een scala aan opvang en woonvoorzieningen beschikbaar. In de grote steden zal dat nog verder toenemen naarmate het Plan van aanpak maatschappelijke opvang en Stedelijk kompas verder gestalte krijgen (Ministerie van VWS, 2006; Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2006).

Voor de onderkant van de woonmarkt is in Rotterdam een woonladder opgesteld, bestaande uit twaalf sporten. De onderste sport is 'buiten slapen' en de hoogste sport is 'zelfstandig wonen'. Het project (z)Onderdak bezet de op een na hoogste sport: 'ambulante woonbegeleiding'. De cliënten in (z)Onderdak hebben een begeleidingscontract getekend (geen huurcontract), waarmee zij aangeven zich open te stel-

* Drs. C. Barendregt is onderzoeker bij het IVO te Rotterdam. E-mail: barendregt@ivo.nl.

Prof. dr. D. van de Mheen is directeur onderzoek en onderwijs bij het IVO te Rotterdam.

len voor begeleiding en akkoord gaan met eventuele schorsing als zij zich niet aan de regels houden (maximaal veertien dagen). Een eenvoudige inventaris wordt bij de woning geleverd.

Het project (z)Onderdak is een samenwerking tussen woningbouwcorporaties en vijf begeleidende instellingen. Zij hebben, samen met de gemeentelijke sociale dienst (SoZaWe) en de GGD, een convenant opgesteld waarin de corporaties zich hebben verbonden aan het leveren van woningen en de instellingen woonbegeleiding (ofwel WBG) bieden. De caseload van een woonbegeleider is gebaseerd op 2,4 uur begeleiding per cliënt per week. Een van de begeleidende instellingen voert het secretariaat van het woonbegeleidingsdeel van het project en zit het maandelijkse overleg voor (Keegel, 2002). In dit overleg worden probleemgevallen besproken en de beschikbare woningen onder de zorgaanbieders verdeeld.

Het project ging in mei 2000 van start, toen de eerste woningen werden geleverd. Op de peildatum 1 juli 2006 waren er 354 cliënten in woonbegeleiding. Uiteindelijk is het doel vijfhonderd verslaafden via deze constructie te huisvesten. De gepresenteerde resultaten hebben in meeste gevallen betrekking op de peildatum 1 juli 2006.

Onderzoeksvraag en methode

Naast de beschrijving van de betrokkenheid van de zorgaanbieders bij het feitelijke aanbod willen wij hier de volgende vragen beantwoorden.

- 1 Wat waren de resultaten in meetbare procesdoelen?
- 2 Sluit het aanbod aan bij de zorgbehoeften van de cliënten?

Om het zorgaanbod te beschrijven, bestudeerden we de literatuur en beleidsstukken, hielden vijftien semi-gestructureerde interviews met medewerkers van (z)Onderdak en legden dertien huisbezoeken af in gezelschap van een woonbegeleider. De selectie van medewerkers voor interviews en cliënten voor huisbezoek geschiedde op pragmatische gronden. Er is gesproken met teamleiders en managers. Zij fungeerden als poortwachters van en informanten over de projecten. De uitvoerende medewerkers zijn gekozen op basis van beschikbaarheid en getoonde belangstelling voor het onderzoek. Dezelfde aanpak is gehanteerd bij de selectie van huisbezoeken. De geïnterviewde medewerkers is gevraagd of de onderzoeker mee mocht op huisbezoek. Nadat de betrokken cliënt om toestemming was gevraagd, mocht de onderzoeker mee, meestal een week later. De gegevens afkomstig van de interviews en de huisbezoeken dienen om een beschrijving te maken van de programma's en bieden een interpretatiekader voor de statistische gegevens.

Procesdoelen omvatten de afspraken tussen de financier en de zorgaanbieder over de uitvoering van het zorgaanbod, bijvoorbeeld over de frequentie van het contact tussen woonbegeleider en cliënt. Vragen hierover zijn opgenomen in de voorgestructureerde vragenlijst die door de onderzoekers bij honderd cliënten (meestal thuis) is afgenomen. De afname van de vragenlijst duurde tussen de 45 en 60 minuten. De vragenlijst informeerde naar de historie van dakloosheid, middelengebruik, gezondheid, inkomsten en schulden en naar de woonbegeleiding.

De cliënten zijn per organisatie met behulp van cliëntlijsten aselekt geworven, naar rato van het aantal cliënten dat zij op de peildatum in begeleiding hadden. Bovenop de quota zijn ook reservekandidaten geselecteerd. Na selectie werd de naam aan de betreffende woonbegeleider doorgegeven, met het verzoek om aan de cliënt een informatiebrief te geven, deze eventueel te bespreken en toestemming te vragen voor deelname aan het onderzoek. Na terugkoppeling nam de onderzoeker contact met de cliënt op. Voorafgaand aan elk interview tekende de cliënt een toestemmingsformulier.

De woonbegeleiders hebben, ook aan de hand van een voorgestructureerde vragenlijst, enkele gegevens over hun cliënten aangeleverd ($n=300$). Deze vragenlijst informeerde naar de instroomroute, problematiek van de cliënt, de motivatie van de cliënt voor woonbegeleiding en schorsingen. De vragenlijsten voor zowel de cliënten als de woonbegeleiders bevatte de Zorgbehoeftenlijst (Kroon, 2003). De Zorgbehoeftenlijst omvat 41 items, verdeeld over zeven domeinen (psychologisch, psychiatrisch, sociaal, algemene dagelijkse levensverrichtingen ofwel ADL, wonen/huishouden, financiën en administratie, verslaving). De Zorgbehoeftenlijst maakt een onderscheid in feitelijke zorgbehoefte en ontvangen (of geleverde) zorg. Door het verschil uit te rekenen in zorgbehoefte en ontvangen (of geleverde) zorg, is het mogelijk iets te zeggen over onvervulde zorgbehoeften.

Resultaten

ORGANISATIES DIE WOONBEGELEIDING LEVEREN

Vijf organisaties geven uitvoering aan het project (z)Onderdak: Bouman GGZ, CVD (voorheen Centrum voor Dienstverlening), Leger des Heils, Nico Adriaans Stichting (NAS; voorheen Pauluskerk) en Stichting Ontmoeting. Elke organisatie werft het grootste deel van haar cliënten uit de eigen keten van voorzieningen (kliniek, maatschappelijke opvang, woontrainingsprogramma).

In alle gevallen wordt door intakers een inschatting gemaakt van de woonvaardigheden en achterliggende problematiek; er gelden geen expliciete inhoudelijke criteria. Het gaat om de inschatting van een redelijke kans op succes. Ernstige psychiatrie geldt als contra-indicatie, tenzij parallel behandeling wordt geboden. Eén instelling (CVD) heeft om die reden een samenwerkingscontract afgesloten met een instelling voor geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Met uitzondering van de NAS hebben de instellingen aanvullende financiering via de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) voor alle of een aantal van hun cliënten (zie tabel 1).

Tabel 1. Kenmerken cliënten naar organisatie (peildatum: 1 juli 2006).					
	Aantal cliënten	Instroom	Maanden dakloos (geweest)	Maanden in (z)On-derdak	Cliënten met AWBZ-indicatie
Bouman GGZ	129	kliniek, detentie, MO***	43	19	15
CVD*	114	voortraject, MO	38	28	18
Leger des Heils	39	MO	45	23	39
NAS**	54	MO	61	32	0
Stichting Ontmoeting	17	MO+	11	14	15

* Voorheen Centrum voor Dienstverlening. ** Nico Adriaans Stichting. *** Maatschappelijke opvang.

ASPECTEN VAN HET BEGELEIDINGSPROCES

In een groot deel van de gevallen wordt een appartement door twee cliënten gedeeld. Woonbegeleiders houden bij de plaatsing van cliënten rekening met de zittende bewoner. Een slechte match is bijvoorbeeld iemand die harddrugs gebruikt te plaatsen bij iemand die juist probeert geen drugs meer te gebruiken. Ook harddrugsgebruikers en alcoholisten gaan vaak moeilijk samen, zo luidt de ervaring van woonbegeleiders. Mensen met 'antisociale problematiek' maar ook vrouwen komen sneller voor een eenpersoonsappartement in aanmerking. Van de geïnterviewde honderd cliënten bewonen er 38 hun appartement alleen, de rest deelt het met een of meer anderen. Dit is waar-

schijnlijk een lichte onderschatting van het aantal mensen dat in (z)-Onderdak een appartement alleen bewoont (GGD, 2005). Circa 7% van de mensen met een huisgenoot beoordeelt het contact met die persoon als 'slecht', een derde oordeelt neutraal en de overige 60% zegt '(zeer) goed' contact te hebben met de huisgenoot of huisgenoten.

In de organisaties met veel cliënten (>100) wisselen cliënten vaker van woonbegeleider dan in kleinere organisaties, waardoor de gemiddelde duur van de begeleidingsrelatie ook daalt.¹ Een van de procesdoelen is dat de woonbegeleider de cliënt wekelijks thuis bezoekt. Dat gebeurt niet altijd; soms in verband met vakanties of doordat de cliënt werkt of niet thuis is op het afgesproken tijdstip. Het besteden van 2,4 uur per week aan een cliënt is een tweede procesdoel. Van de 144 minuten die woonbegeleiders per cliënt tot hun beschikking hebben, gaan er circa veertig naar direct cliëntencontact. De resterende tijd gaat op aan reistijd, bureauwerk en overhead (zie tabel 2).

Tabel 2. Aspecten van woonbegeleiding naar organisatie (n=100).

	Aantal begeleid- ders gehad	Hoe lang laatste begelei- der (maan- den)	Aantal gesprek- ken laat- ste maand	Gemid- delde duur van het ge- sprek (minu- ten)	Ge- spreks- duur op basis van wekelijks gesprek*
Bouman GGZ	3,9	7	3,7	40	34
CVD	2,9	13	3,3	51	39
Leger des Heils	1,1	20	3,4	42	33
Pauluskerk/ NAS	1,6	48	6,6	24	37
Stichting Ontmoeting	1,6	17	4,4	42	43

* Aantal gesprekken laatste maand, maal gespreksduur, maal drie maanden/dertien weken, is het directe cliëntencontact per week.

Een voorwaarde om voor een (z)Onderdakwoning in aanmerking te komen, is dat de cliënt zich openstelt voor begeleiding. Wij hebben bij de woonbegeleiders nagevraagd of de cliënt gemotiveerd is voor woonbegeleiding. Op een schaal van -1 (niet gemotiveerd) tot +1 (zeer

1 Stichting Ontmoeting is later dan de andere organisaties gaan participeren in (z)Onderdak.

gemotiveerd) scoren de cliënten gemiddeld 0,48; dat is een ruime voldoende. De verschillen tussen de (z)Onderdak-organisaties zijn niet statistisch significant. Iets meer dan een vijfde (21,5%) van de cliënten scoort nul of lager. Deze cliënten zijn weinig of slecht gemotiveerd voor het ontvangen van woonbegeleiding. De 37 cliënten die in de laatste twaalf maanden zijn geschorst, zijn volgens de woonbegeleiders minder gemotiveerd voor woonbegeleiding (0,24) dan zij die nooit zijn geschorst (0,51; $t=3,409$, $df=280$, $p<0,01$), maar zij scoren omgerekend toch nog een kleine voldoende.

PROFIEL CLIËNTEN

Het overgrote deel van de cliënten bestaat uit mannen. Vrouwen zijn ondervertegenwoordigd doordat voor hen, samenhangend met de sluiting van de prostitutiezone in 2005, speciale woonvoorzieningen in het leven zijn geroepen. De oudste cliënt is 76 jaar en de jongste 25, gemiddeld zijn de (z)Onderdak-clieñten 45 jaar. Ruim twee derde heeft een laag opleidingsniveau (LBO/MAVO of lager) en ruim de helft heeft de opleiding niet met een diploma afgerond.

Volgens de woonbegeleiders heeft de helft van de cliënten primair te maken met drugsproblematiek. Van hen heeft 58% geen secundaire problematiek, 14% kampt ook met alcoholproblemen, 21% ook met psychiatrische problematiek. Van de mensen bij wie alcoholproblematiek primair is (22%), heeft 12% ook drugsproblemen en 17% tevens psychiatrische problemen. Woonbegeleiders vulden in de categorie 'overig' onder andere 'dakloosheid', 'schulden' en 'lichamelijke klachten' in.

Op grond van zelfrapportage van middelengebruik in de afgelopen maand, hebben we de groep geïnterviewde cliënten gecategoriseerd als drugsgebruikers (58%) en niet-drugsgebruikers (42%).

Psychotische en depressieve klachten zijn we nagegaan met behulp van een kort screeningsinstrument (Shaw, 2003). Hieruit blijkt dat een kwart depressieve klachten heeft; 14% rapporteert psychotische klachten. Drugsgebruikers rapporteren niet significant vaker psychische klachten dan niet-drugsgebruikers. Drugsgebruikers geven wel significant minder vaak aan dat ze een '(heel) goede' gezondheid hebben dan niet-drugsgebruikers (resp. 45% en 64%). Tussen drugsgebruikers en niet-drugsgebruikers zijn nog andere verschillen te ontdekken. Drugsgebruikers kennen een langere historie van dakloosheid, hebben minder schulden maar ook minder weekgeld dan niet-drugsgebruikers (zie tabel 3).

Tabel 3. Verschillen tussen drugsgebruikers en niet-drugsgebruikers.

	Drugsgebruikers	Niet-drugsgebruikers
Historie dakloosheid	54 maanden	26 maanden
Gezondheid 'heel goed'	45%	64%
Depressieve klachten	19%	29%
Psychotische klachten	12%	16%
Mediaan* weekgeld	€ 70	€ 90
Mediane* schuld	€ 2.500,-	€ 6.000,-

* De mediaan is het getal waar 50% van de steekproef onder zit en 50% boven. De mediaan is minder gevoelig voor uitschieters dan het gemiddelde.

Tabak is onder cliënten in woonbegeleiding (WBG) het meest gebruikte psychoactieve middel, gevolgd door methadon en cannabis. De cliënten in (z)Onderdak gebruiken minder intensief harddrugs vergeleken met een steekproef van het Rotterdamse Drug Monitoring Systeem (DMS), bestaande uit op straat geworven harddrugsgebruikers (Van der Poel, Barendregt, Schouten & Van der Mheen, 2003). Dat wordt gedeeltelijk verklaard doordat in (z)Onderdak ook niet-harddrugsgebruikers worden begeleid. Maar zelfs als we de niet-harddrugsgebruikers uit de analyse weglaten, blijkt dat (z)Onderdakkers een gematigder gebruikspatroon hebben. Degenen die heroïne of cocaïne hebben gebruikt, deden dat op minder dagen dan harddrugsgebruikers uit de DMS-steekproef. Een uitzondering vormt methadon, dat door meer harddrugsgebruikers in woonbegeleiding gebruikt wordt dan in de DMS-steekproef (zie tabel 4).

Tabel 4. Middelengebruik in de afgelopen maand en woonbegeleiding (WBG), vergeleken met Drugs Monitoring Systeem (DMS).

	WBG (n=100)		WBG harddrugsgebruikers (n=58)		DMS 2003 (n=201)	
	Gebruikt door	Aantal dagen	Gebruikt door	Aantal dagen	Gebruikt door	Aantal dagen
Sigaretten/tabak	96%	29	98%	29	98%	30
Cocaïne	36%	15	62%	15	96%	24
Heroïne	37%	18	64%	18	80%	24
Cannabis	41%	20	43%	18	60%	18
Methadon	48%	26	83%	26	58%	25

Medicijnen voor de roes	11%	22	19%	22	26%	13
Alcohol*	30%	13	19%	14	24%	23

* Vijf of meer (2003) of zes of meer (2006) consumpties per dag (vrouwen vier of meer).

Een aspect dat samenhangt met middelengebruik én de primaire doelstelling van (z)Onderdak is de vraag op welke plek de drugsgebruikers hun drugs consumeren. De veronderstelling is immers dat huisvesting leidt tot minder drugsgebruik in het openbaar. We gebruiken opnieuw de DMS-steekproef uit 2003 als referentiekader en zien dan dat mensen in woonbegeleiding hun drugs (inclusief alcohol) veel vaker thuis consumeren. Het gebruik buiten of op openbare plekken (alcohol en drugs) wordt door 24% van mensen in woonbegeleiding gedaan, door de harddrugsgebruikers onder hen nog minder (zie tabel 5). Dat minder harddrugsgebruikers in woonbegeleiding in het openbaar gebruiken (17%), wordt verklaard doordat in de groep cliënten in woonbegeleiding ook cliënten met alcoholproblemen zitten. Zij drinken ook in de openbare ruimte.

Tabel 5. Belangrijke gebruikslocaties in de afgelopen maand, woonbegeleiding (WBG) vergeleken met Drugs Monitoring Systeem (DMS).

	WBG 2006 (n=100)	WBG harddrugs- gebruikers (n=58)	DMS 2003 (n=201)
Gebruikslocatie	Eerste of tweede plek	Eerste of tweede plek	Eerste of tweede plek
Thuis	100%	100%	54%
Buiten of openbare plekken	24%	17%	46%
Gebruiksruimte	13%	22%	33%
Bij vrienden thuis	20%	7%	23%
Dealadres	0%	0%	8%
Heroïne-experiment	5%	9%	3%
Anders	10%	12%	8%
Geen alcohol of drugs gebruikt	8%	-	-

De vergelijking met de DMS-steekproef mag niet tot de (verleidelijke) conclusie leiden dat woonbegeleiding zorgt voor een gematigder ge-

bruikspatroon. De groep cliënten in woonbegeleiding vormt een selectie uit een groep dakloze verslaafden. Zij zijn immers geselecteerd op geschiktheid voor ambulante woonbegeleiding.

ZORGBEHOEFTE

De zorgbehoeften van cliënten hebben we gemeten met behulp van de Zorgbehoeftenlijst (Kroon, 2003). In tabel 5 is te zien dat woonbegeleiders de zorgbehoeften van hun cliënten systematisch hoger inschatten dan de cliënten zelf. Dit is een opmerkelijk gegeven. Met uitzondering van zorgbehoeften ten aanzien van lichamelijke handicaps en gokken, is dit patroon over de hele linie waar te nemen (zie tabel 6). Volgens de woonbegeleiders hebben de meeste cliënten zorgbehoeften op het psychologische domein (0,77, waarbij 1,0 de hoogst mogelijke score is) en hebben zij die zorg ook aan de meesten van hen geleverd (0,76). De cliënten zelf geven echter veel minder vaak aan zorgbehoeften op het psychologische domein te hebben (0,38) en nog minder deze te hebben ontvangen (0,28). Het sociale domein bevat items op het gebied van relaties en dagbesteding. Woonbegeleiders signaleren op dit gebied een hogere zorgbehoefte (0,49) dan de cliënten (0,19).

De afzonderlijke items in het domein ADL, maar ook het domein wonen/huishouden, laten een tamelijk lage zorgbehoefte zien, zowel bij woonbegeleiders als cliënten. Dat de inhoud van het contact niet wordt bepaald door huishoudelijke kwesties, is congruent met de indrukken opgemaakt uit de interviews met hulpverleners en tijdens de huisbezoeken. De meeste cliënten ervaren zorgbehoeften op het financieel-administratieve domein (0,48), iets minder cliënten zeggen op dat domein ook zorg te hebben ontvangen (0,42). Het verschil tussen inschatting door woonbegeleiders en cliënten is hier minder groot. Ten aanzien van drugsgebruik geven woonbegeleiders aan dat de cliënten daar veel meer zorgbehoefte hebben (0,46) dan naar overtuiging van de cliënten (0,11). Hetzelfde patroon is te zien bij alcohol.

Tabel 6. Zorgbehoefte en geleverde zorg bij alle cliënten in (z)Onderdak.

	Volgens woonbegeleiders (n=300)		Volgens cliënten (n=100)	
	Zorgbe- hoefte	Geleverde zorg	Zorgbe- hoefte	Ontvangen zorg
Psychisch				
psychologisch ^{*/\}	0,77	0,76	0,38	0,28
psychiatrisch ^{*/\}	0,57	0,53	0,28	0,23

Sociaal ^{*x√}	0,49	0,44	0,19	0,12
ADL				
verzorgen uiterlijk [*]	0,27	0,27	0,12	0,09
eten	0,15	0,14	0,09	0,04
lichamelijke handicaps	0,12	0,10	0,14	0,10
incontinentie	0,02	0,03	0,01	0,01
Wonen/huishouden ^{*x}	0,20	0,15	0,09	0,08
Financiën/administratie ^{x√}	0,69	0,65	0,48	0,42
Verslaving				
drugs ^x	0,46	0,39	0,11	0,11
alcohol ^{*x}	0,38	0,33	0,13	0,09
gokken	0,03	0,03	0,03	0,03

De interne consistentie van domeinen van de Zorgbehoeftenlijst werd getest met Cronbachs alfa. Op grond van deze analyse kunnen we de domeinen ADL en verslaving alleen op op item-niveau analyseren. ^{*} Verschillen tussen woonbegeleiders en cliënten zijn statistisch significant (ANOVA, $p < 0,05$). ^x Verschillen tussen zorgbehoefte en geleverde zorg (volgens woonbegeleiders) zijn statistisch significant ('paired samples' t-test, $p < 0,01$). [√] Verschillen tussen zorgbehoefte en ontvangen zorg (volgens cliënten) zijn statistisch significant ('paired samples' t-test, $p < 0,01$).

Kijken we naar de top-3 van zorgbehoeften van woonbegeleiders en cliënten, dan valt op dat voor beide 'partijen' dezelfde domeinen het hoogst scoren (psychologisch, psychiatrisch en financiën en administratie). Dus gezien op het niveau van de cliëntengroep zijn woonbegeleiders en cliënten het eens over de aard van de zorgbehoeften en iets minder over de ernst.

Wanneer we gedetailleerd kijken naar de onvervulde zorgbehoeften (zie tabel 7), zien we (op item-niveau) dat cliënten meer zorg willen op het psychische domein (bijv. welke hulp of ondersteuning het beste is, duidelijkheid krijgen over problemen, zelfvertrouwen) en op items uit het sociale domein (eenzaamheid, werk). De woonbegeleiders vinden vooral dat aan sociale items meer aandacht kan worden besteed (invullen vrije tijd, dagbesteding, eenzaamheid).

De interpretatie dringt zich op dat waar cliënten meer aandacht willen op het psychologische domein, woonbegeleiders dat wel erkennen maar vooral extra aandacht willen voor praktische oplossingen in de sfeer van dagbesteding. Deze interpretatie is mede ingegeven door de gesprekken die zijn gevoerd met woonbegeleiders. Zij geven aan dat dagbesteding belangrijk is, omdat cliënten anders óf wegwijnen in

hun appartementje óf sociale contacten aangaan in het dak- en thuislozencircuit waar ze vandaan komen. In het laatste geval is het risico van excessief gebruik, oplopende schulden en overlast door aanloop van visite niet denkbeeldig.

Tabel 7. Top-10 van onvervulde zorgbehoeften van cliënten volgens woonbegeleiders (n=300) en volgens cliënten (n=100).

	Volgens woonbegeleiders	%	Volgens cliënten	%
1	Invullen vrije tijd	25	Welke hulp of ondersteuning het beste is	21
2	Beheren financiën	22	Eenzaamheid	19
3	Vinden en behouden dagbesteding	20	Duidelijkheid krijgen over problemen	19
4	Eenzaamheid	19	Werk	19
5	Beheren huishoudgeld	18	Zelfvertrouwen	18
6	Tijdig aangeven als het slechter gaat	17	Omgaan met onverwachte situaties	16
7	Omgaan met alcohol	16	Contacten sociale instanties	14
8	Omgaan met verdriet of tegenslag	16	Beheren van financiën	14
9	Omgaan met stemmen horen, somberheid, angsten	16	Ontdekken wat u wilt in uw leven	14
10	Plotseling boos worden op anderen	16	Uiten van gevoelens	13

Het percentage cliënten dat deelneemt aan een project voor activering of dagbesteding loopt uiteen van minder dan een derde (29%) tot ongeveer de helft (54%) per organisatie. De percentages zeggen alleen óf iemand deelneemt, maar niets over de intensiteit van deelname. Deelname aan een groen- of veegproject of de verkoop van *Straatmagazine*, hoeft niet dagelijks te gebeuren maar kan beperkt zijn tot een dagdeel per week.

Conclusies

Ambulante woonbegeleiding voor verslaafden (drugs, alcohol, gokken) is een groeiende werkvorm. Steeds meer daklozen worden via het project (z)Onderdak gehuisvest. In totaal zijn er 354 mensen in woonbegeleiding bij (z)Onderdak (peildatum 1 juli 2006). Het streven is vijfhonderd mensen in deze constructie te plaatsen. Hoewel er verschillen zijn in de toeleidingsprocedure naar een (z)Onderdakwoning, is een overeenkomst dat zorgaanbieders cliënten vooral in de eigen

keten laten doorstromen. De vraag of bij een 'eigen keten eerst'-beleid cliënten wel op de voor hen beste plek terechtkomen, is niet onderzocht.

Procesdoelen zijn afspraken die gemaakt zijn tussen financier en zorgaanbieder over een aantal aspecten van de te leveren woonzorg. Belangrijkste procesdoelen zijn: frequentie van het contact met de cliënt en aantal uren te besteden aan de cliënt. De frequentie van het contact ligt gemiddeld iets beneden de gemaakte afspraak van eenmaal per week, maar valt binnen een redelijke bandbreedte. Ongeveer een derde van de beschikbare tijd per cliënt wordt besteed aan direct cliëntencontact, de overige tijd gaat op aan papierwerk ten behoeve van de cliënt en algemene overhead. Gezien de gesignaleerde zorgbehoefte op het gebied van financiën en administratie lijkt dit niet onredelijk. Volgens woonbegeleiders kampen de meeste cliënten met drugsproblematiek, gevolgd door alcoholproblematiek en psychiatrische problematiek. In een aantal gevallen is de vraag of de cliënten in de categorie 'overig' niet oneigenlijk in het project (z)Onderdak zijn toegelaten. Problemen met huisvesting, schulden en lichamelijke problematiek zijn niet verslavingsspecifiek, terwijl het project (z)Onderdak dat wel is.

Cliënten in woonbegeleiding gebruiken minder harddrugs dan gebruikers in een steekproef van problematische harddrugsgebruikers in Rotterdam (Van der Poel, Barendregt, Schouten & Van der Mheen, 2003). Zij gebruiken ook minder vaak drugs in de openbare ruimte. Los van de vraag of hier sprake is van een oorzakelijk verband, lijkt ambulante woonbegeleiding te passen in een strategie waarin een passend zorgaanbod samengaat met vermindering van overlast op straat. Het grootste deel van de cliënten kampt met schulden, de niet-drugsgebruikers meer dan de drugsgebruikers. De financiële problematiek legt veel beslag op de begeleidingstijd van de woonbegeleiders. Kennelijk draait het bij het runnen van een huishouden niet zozeer om hygiëne en boodschappen doen, maar om sociale en bureaucratische competenties. Niet voor niets staan volgens cliënten én woonbegeleiders financiën en administratie in de top-3 van zorgbehoeften, naast zorgbehoeften in het psychologische en psychiatrische domein. We hebben ons in het onderzoek afgevraagd of het zorgaanbod aansluit op de zorgbehoefte. De discrepantie tussen woonbegeleiders en cliënten als het gaat om de inschatting van de zorgbehoeften, is opmerkelijk. Woonbegeleiders signaleren over bijna het hele spectrum meer zorgbehoeften dan de cliënten zelf. Ook vinden woonbegeleiders dat zij zorg hebben geleverd, terwijl cliënten zeggen dat ze die niet hebben ontvangen. Misschien komt dat doordat woonbegeleiders

sociaal wenselijk antwoorden en de zorgbehoefte en geleverde zorg hoger inschatten. MBO+/HBO-geschoolde woonbegeleiders hebben, gezien hun opleiding, mogelijk veel oog voor de psychische problematiek van hun cliënten en deze 'neiging' zien we wellicht terug in de inschatting van de zorgbehoefte. Echter, als we ervan uitgaan dat de Zorgbehoeftenlijst bij woonbegeleiders en cliënten hetzelfde meet, is er iets aan de hand in de relatie tussen zorgaanbieder en zorgvrager. In de discussieparagraaf gaan we hier kort op in.

Cliënten hebben vooral onvervulde zorgbehoeften in het psychische en sociale domein (eenzaamheid). Woonbegeleiders erkennen dat en lijken de oplossing te zien in extra aandacht voor dagbesteding en invulling van vrije tijd. De cliënten noemen echter vaker werk. Waar cliënten beheer van financiën noemen, spreken woonbegeleiders liever over het huishoudgeld. Deze verschillen in benoeming en waardering van vergelijkbare problematiek lijkt ook weerspiegeld te worden in de discrepantie tussen de inschatting van zorgbehoeften.

Discussie

Hoewel woonbegeleiders en cliënten het globaal eens zijn over de aard van de zorgbehoeften, zien we een discrepantie in de hoogte van de zorgbehoefte. Woonbegeleiders signaleren meer behoefte aan zorg dan de cliënten zelf. Wat zou er aan de hand kunnen zijn?

Op het psychische domein is de discrepantie tussen woonbegeleiders en cliënten het grootst. Mogelijk laat zich dit verklaren doordat cliënten de (geleverde) zorg niet herkennen. In de ontmoeting tussen cliënt en woonbegeleider informeert de laatste wekelijks naar iemands welzijn ('Hoe gaat het met je?') en naar voorvallen in de voorafgaande week. De cliënt krijgt de gelegenheid zich te uiten en zorgen te delen. Een dergelijk vraag- en antwoordspel maakt deel uit van de wekelijkse update. Het is goed denkbaar dat de woonbegeleider het systematisch informeren naar het wel en wee (en de respons daarop) beschouwt als het leveren van zorg op het psychologische domein, terwijl de cliënt dit misschien niet als zodanig (h)erkent. Vanuit cliëntperspectief is dit vraag- en antwoordspel misschien niet meer dan een wekelijks rollenspel waarin de verhouding hulpverlener cliënt wordt bevestigd.

Op het gebied van drugsgebruik is ook een fors verschil te zien in de perceptie van zorgbehoefte. Het lijkt erop dat woonbegeleiders het middelengebruik van hun cliënten tot onderwerp maken van het begeleidingsproces, maar dat cliënten dit niet altijd waarderen. Ontbreekt het de cliënten aan ziekte-inzicht? Drugsgebruik zou alleen een discussiepunt moeten zijn wanneer het de continuïteit van de (woon)zorg in gevaar brengt. Maar in ons ingebakken streven naar verbetering zou

druggebruik wel eens vaker (dan de cliënt lief is) aan de orde kunnen komen. En op dat moment worden goede bedoelingen niet meer als zorg ervaren maar als bemoeizucht.

Daarmee komen we op een variant van de sociale-wenselijkheidthese waarin de discrepantie tussen woonbegeleiders en cliënten de weer-slag vormt van een kleine strijd om de autonomie. Immers, het recht van de cliënt op wonen is afhankelijk van zijn medewerking aan het hulpverleningsproces. De lager ingeschatte zorgbehoefte (en ontvangen zorg) van de cliënt staat in deze redenering voor zijn relatief grote autonomie ('Ik heb huisvesting nodig en geen zorg'). Omgekeerd bevestigt de woonbegeleider zijn (of haar) positie door de zorgbehoefte (en geleverde zorg) relatief hoog in te schatten.

Het is denkbaar dat de discrepantie tussen wat hulpverleners vinden en wat cliënten vinden het resultaat is van een (woon)zorgaanbod waarin de machtsverhouding structureel scheef is. Deze verhouding is terug te voeren op de oorsprong van het project (z)Onderdak. Het leveren van woonzorg heeft niet primair tot doel het welzijn van de cliënt te vergroten. Even belangrijk is dat ambulante woonbegeleiding voor verslaafden overlast vermindert.

Literatuur

- Gemeentelijke Gezondheidsdienst Rotterdam e.o. (2005). *Voortgangverslag (z)Onderdak 2005* (interne publicatie). Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- Keegel, J. (2002). *Evaluatie (z)Onderdak/Wonen voor verslaafden*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- Kroon, H. (2003). *De Zorgbehoeftenlijst: een vragenlijst voor het meten van zorg- en rehabilitatiebehoeften bij mensen met ernstige psychische stoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ministerie van VWS (2006). *Plan van aanpak maatschappelijke opvang*. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Poel, A. van der, Barendregt, C., Schouten, M., & Mheen, D. van der (2003). De leefsituatie van gebruikers in de Rotterdamse harddrugscene. *IVO-Bulletin*, 6, 1-24.
- Quadt, T. (red) (1996). *Verantwoord schoon in Rotterdam*. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.
- Shaw, J., Tomenson, B., & Creed, F. (2003). A screening questionnaire for the detection of serious mental illness in the criminal justice system. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 14, 138-150.
- Vereniging van Nederlandse Gemeenten (2006). *Stedelijk kompas*. Internet: <http://www.vng.nl/documenten/extranet/sez/zws/stedelijk%20kompas.pdf>.